ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
30.07.2012 № 577

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 162/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України _____ № ____

ПОВІДОМЛЕННЯ
підприємству, установі, організації про результати огляду медико-соціальною експертною комісією
(направляється за місцем роботи інваліда)

1. _____
(місцезнаходження МСЕК)

2. _____
(профіль МСЕК)

3. _____
(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)

4. Дата народження _____ (число, місяць, рік) 5. Дата огляду _____ (число, місяць, рік)

6. Огляд _____
(первинний/повторний)

7. Група інвалідності _____
(зазначається словами)

8. Причина інвалідності _____

9. Дата чергового переогляду _____
(число, місяць, рік)

10. Висновок про умови і характер праці
_____

11. Рекомендовані заходи щодо відновлення працездатності
_____

12. Підстава: акт № _____
13. Дата видачі повідомлення медико-соціальною експертною комісією (МСЕК)
_____
(число, місяць, рік)

М.П. **Голова МСЕК** _____ _____
(підпис) (П.І.Б.)